



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA
(ILACVN)
CURSO DE MEDICINA**

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS**

NOUR SALAM EL KADRI



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE CIÊNCIAS DA VIDA E DA
NATUREZA**

(ILACVN)

CURSO DE MEDICINA

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS**

NOUR SALAM EL KADRI

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de
Medicina-Bacharelado, do Instituto
Latino Americano de Ciências da Vida
e da Natureza da Universidade Federal
de Integração
Latino-Americana-UNILA, como
requisito parcial para obtenção de
título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Me Flávia Julyana Pina
Trench

NOUR SALAM EL KADRI

**INTERNATO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS
VIVÊNCIAS E APRENDIZADOS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de
Medicina-Bacharelado, do Instituto
Latino Americano de Ciências da Vida
e da Natureza da Universidade Federal
de Integração
Latino-Americana-UNILA, como
requisito parcial para obtenção de
título de Bacharel em Medicina.

Orientadora: Profa. Me Flávia Julyana Pina
Trench

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof Me Flavia Julyana Pinna Trench
UNILA

Prof Dr Luiz Fernando Boff Zarpelon
UNILA

Prof Rosana Alvarez Callejas
UNILA

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor: Nour Salam El Kadri

Curso: Medicina

Tipo de Documento

- (x) graduação () artigo
 () especialização (x) trabalho de conclusão de curso
 () mestrado () monografia
 () doutorado () dissertação
 () tese () CD/DVD – obras audiovisuais

Título do trabalho acadêmico: Internato em Urgência e Emergência - Discussão de casos clínicos como experiência de aprendizado em campo

Nome do orientadora: Prof. Me. Flávia Julyana Pina Trench

Data da Defesa: 10/06/2021

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

1. Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.
2. Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino- Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino- Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública [Creative Commons Licença 3.0 Unported](#).

Foz do Iguaçu, 02 de Junho de 2021.

Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho, expresso na forma de relatório, à Minha querida esposa e meus amados filhos, certamente foram fundamentais em apoio e compreensão para que eu pudesse alcançar o êxito nessa caminhada.

Gratidão!!

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço à Deus pela oportunidade e infinita bondade!

Aos médicos e profissionais de saúde pelos ensinamentos, paciência e dedicação. Para que um estágio seja bem executado se faz necessário, além de uma estrutura física, a colaboração de profissionais capacitados e comprometidos com o aprendizado dos alunos e contribuindo no aperfeiçoamento de suas habilidades .

Sendo assim, pude usufruir das oportunidades ofertadas nos cenários de estágio do HMPGL e das UPA's de Foz do Iguaçu, acompanhar e realizar procedimentos que fazem parte da rotina da profissão médica, avaliar, discutir os casos clínicos seguindo critérios e condutas que norteiam a postura e ética condizentes a essa nobre profissão.

Finalizo, dizendo que nada disso seria possível sem a ajuda, altruísmo dos professores e preceptores, que apesar de muito atarefados, jamais negaram apoiar e compartilhar seus conhecimentos em prol da minha formação.

EL KADRI, Nour Salam. **Internato em urgência e emergência do SUS vivências e aprendizados.** 48 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina)- Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMO

Introdução: O módulo em Urgência e Emergência do SUS faz parte do internato do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino Americana. É um estágio obrigatório ofertado no HMPGL e UPA's da rede de atendimento de Foz do Iguaçu. **Objetivo:** Demonstrar o aprendizado através das vivências e aplicabilidade do conhecimento teórico à prática. Para isso, serão expostas as atividades realizadas durante o módulo de Urgência e Emergência do SUS, além da descrição dos cenários vivenciados e discussão de casos clínicos baseados em evidências científicas atuais. **Metodologia:** Estudo descritivo observacional realizado através das experiências vivenciadas pelo acadêmico do quinto ano de Medicina. **Desenvolvimento:** Aborda-se 3 casos clínicos presenciados nos campos de estágio, seguido de uma revisão da temática utilizando as principais referências bibliográficas e associando aos conhecimentos previamente adquiridos pelo autor. **Conclusão:** O internato cumpre um papel fundamental na vida do estudante de medicina, é um momento onde o discente inicia sua transição da vida acadêmica para a vida profissional. Essa monografia tem a finalidade de documentar este período.

Palavras-chaves: Internato. Urgência. Emergência. Prática.

EL KADRI, Nour Salam. **Internship in urgency and emergency of SUS:** experiences and learning. 48 pages. Course Conclusion Paper (Graduate in Medicine) - Federal University of Latin American Integration, Foz do Iguaçu, 2021.

ABSTRACT

Introduction: The SUS Urgency and Emergency module is part of the medical course internship at the Federal University of Latin American Integration. It is a mandatory internship offered at the HMPGL and UPA's of the Foz do Iguaçu service network. **Objective:** Demonstrate learning through experiences and applicability of theoretical knowledge to practice. For this, the activities carried out during the SUS Urgency and Emergency module will be exposed, in addition to the description of experienced scenarios and discussion of clinical cases based on current scientific evidence. **Methodology:** Descriptive observational study carried out through the experiences of the fifth-year medical student. **Development:** 3 clinical cases witnessed in the internship fields are approached, followed by a review of the theme using the main bibliographic references and associating the knowledge previously acquired by the author. **Conclusion:** The internship plays a fundamental role in the life of the medical student, it is a moment where the student begins his transition from academic life to professional life. This monograph is intended to document this period.

Keywords: Internship. Urgency. Emergency. Practice.

EL KADRI, Nour Salam. **Pasantía en urgencia y emergencia de SUS:** experiencias y aprendizajes del SUS. 48 páginas. Documento de Conclusión del Curso (Licenciado en Medicina) - Universidad Federal de Integración Latinoamericana, Foz do Iguaçu, 2021.

RESUMEN

Introducción: El módulo de Urgencias y Emergencias del SUS forma parte de la pasantía del curso de medicina de la Universidad Federal de Integración Latinoamericana. Es una pasantía obligatoria que se ofrece en las HMPGL y UPA de la red de servicios de Foz do Iguaçu. **Objetivo:** Demostrar el aprendizaje a través de las experiencias y la aplicabilidad de los conocimientos teóricos a la práctica. Para ello, se expondrán las actividades realizadas durante el módulo de Urgencias y Emergencias del SUS, además de la descripción de escenarios vividos y discusión de casos clínicos con base en la evidencia científica actual. **Metodología:** Estudio observacional descriptivo realizado a través de las experiencias del estudiante de quinto año de Medicina. **Desarrollo:** Se abordan 3 casos clínicos presentados en los campos de prácticas, seguido de una revisión del tema utilizando las principales referencias bibliográficas y asociando los conocimientos previamente adquiridos por el autor. **Conclusión:** La pasantía juega un papel fundamental en la vida del estudiante de medicina, es un momento donde el estudiante inicia su transición de la vida académica a la vida profesional. Esta monografía está destinada a documentar este período.

Palabras clave: Prácticas. Urgencia. Emergencia. Práctica.

1. LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

APS: Atenção Primária à Saúde

AVP: Acesso Venoso Periférico

AVC: Acesso Venoso Central

BCNFR2TSS: Bulhas cardíacas normofonéticas regulares em dois tempos sem sopro

COVID: Corona Virus Disease

ECG: Escala de Coma de Glasgow

FC: Frequência Cardíaca

FR: Frequência Respiratória

HGT: Hemoglicose Teste

HMCC: Hospital Ministro Costa Cavalcanti

HMPGL: Hospital Municipal Padre Germano Lauck

IRpA: Insuficiência respiratória aguda

IOT: Intubação Orotraqueal

PCR: Parada Cardiorrespiratória

PS: Pronto Socorro

RCP: Reanimação Cardiopulmonar

REG: Regular estado geral

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SIATE: Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma

SRAG: Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUS: Sistema Único de Saúde

TEC: Tempo de Enchimento Capilar

UE: Urgência e Emergência

UPA: Unidade de Pronto Atendimento

USB: Unidade de Suporte Básico

UTDI: Unidade de Terapia de Doenças

Infecciosas.

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	11
2.	OBJETIVOS	12
	2.1 OBJETIVOS GERAIS	12
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3.	METODOLOGIA	13
4.	DESENVOLVIMENTO	14
	4.1 ORGANIZAÇÃO DA REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS	14
	4.2 CENTRAL TELEFÔNICA DO HMPGL	17
	4.3 TRIAGEM RESPIRATÓRIA	18
	4.4 ALGUNS PROCEDIMENTOS REALIZADOS	19
	4.5 CASO CLÍNICO 1 PS Geral	21
	4.6 CASO CLÍNICO 2 - PS RESPIRATÓRIO	26
	4.7 CASO CLÍNICO 3- UPA Walter	31
5.	CENÁRIOS	34
6.	CONCLUSÃO	39
7.	REFERÊNCIAS	40

1.INTRODUÇÃO

O módulo de Internato em Urgência e Emergência do SUS faz parte dos módulos do curso de medicina da Universidade Federal da Integração Latino Americana, é um estágio obrigatório que permite aplicar o conhecimento teórico na prática nos diversos cenários ofertados no HMPGL e UPA's.

Esse estágio será realizado entre o dia 22/06/2020 a 23/10/2020 com carga horária de 40 horas semanais totalizando 680 horas aula o que correspondem a 566,66 horas relógio, nesse período as atividades serão cumpridas em regime de plantões de 6 e 12 horas cada.

Para a realização do módulo de urgência e emergência contamos com vários cenários como pronto socorro geral, pronto socorro respiratório, unidade de terapia de doenças infecciosas, enfermaria covid, UTI geral, Triagem Covid, plantão telefônico, UPA João Samek e UPA Walter Barbosa.

As práticas em tais cenários permitiram engajamento nas diversas situações que exigem uma atuação focada no trabalho em equipe e discussão de casos, prestar os primeiros atendimentos em pacientes graves, procedimentos, aplicar protocolos e condutas de forma supervisionada para o melhor desfecho de cada caso. Além do mais, a vivência prática no combate ao COVID-19 em Foz do Iguaçu foi uma oportunidade única, tanto pessoal quanto profissional, exigiu maturidade psicológica e treinamento de biossegurança para lidar com a situação de pandemia em que vivemos.

Para o presente relatório de urgência e emergência do SUS apresento de forma crítica minhas experiências e habilidades adquiridas nos diversos cenários em que passei, bem como dificuldades que procurei sanar e aprimorar, sempre com humildade e proatividade, aproveitando a presença de colegas e profissionais da equipe de maior experiência.



2.OBJETIVOS

2.1 – Objetivos gerais

Demonstrar o aprendizado através das vivências e aplicabilidade do conhecimento teórico à prática.

2.2- Objetivos específicos

Expor as atividades realizadas durante o módulo de Urgência e Emergência do SUS.

Descrição dos cenários vivenciados.

Discutir casos clínicos baseados em evidências científicas atuais.



3.METODOLOGIA

Estudo descritivo observacional realizado através das experiências vivenciadas pelo acadêmico do quinto ano de Medicina. Para isso, aborda-se 3 casos clínicos presenciados nos campos de estágio, seguido de uma revisão da temática utilizando as principais referências bibliográficas e associando aos conhecimentos previamente adquiridos pelo autor.



4. DESENVOLVIMENTO

4.1- ORGANIZAÇÃO DA REDE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS

O estágio foi realizado em alguns dos serviços que compõem a Rede de Atenção às urgências e emergências vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) de Foz do Iguaçu- PR, sendo estes: a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek, a Unidade de Pronto Atendimento (UPA) Dr. Walter Cavalcante Barbosa e Pronto Socorro (PS) do Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

A PORTARIA Nº 2048 DE 5 DE NOVEMBRO DE 2002 Estabelece os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área.

A rede de atenção às urgências tem como alvo organizar a atenção em saúde da região, gerindo o acesso, estabelecendo a assistência e organizando o andamento do atendimento até a unidade e serviço de referência apropriado conforme as peculiaridades de cada caso e de cada usuário.

A resolução do CFM nº 2.077/2014 dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho. Nela contém a descrição do funcionamento ideal de um serviço de urgência e emergência, nela encontramos:

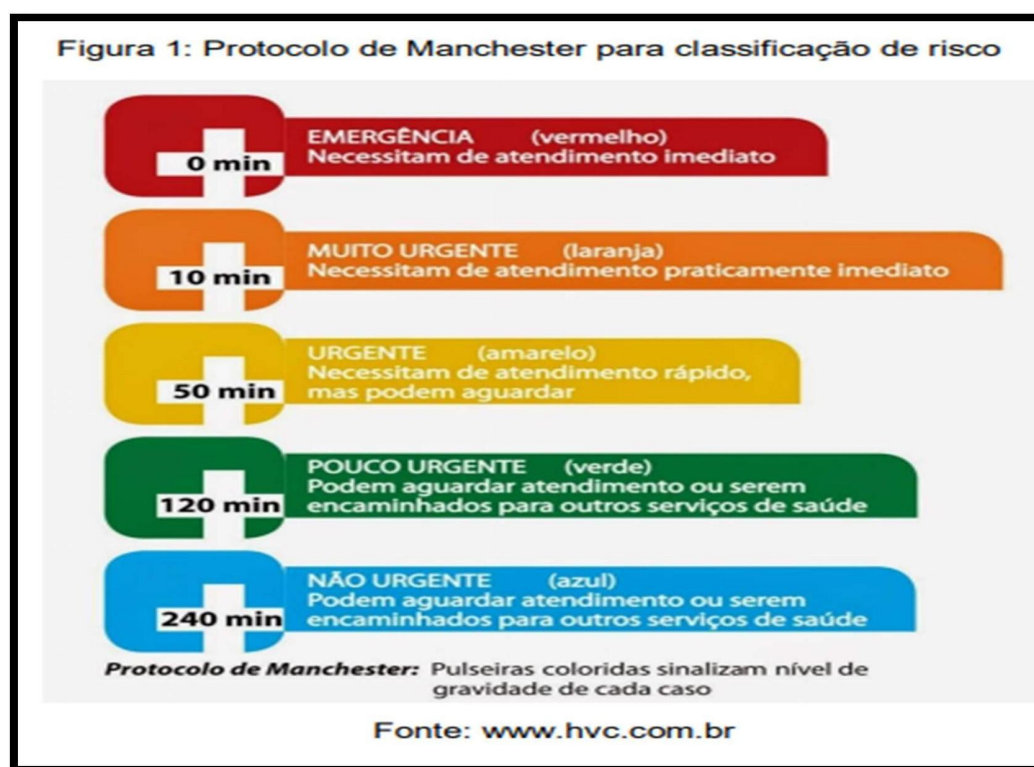
1. Art. 2 Obrigatoriedade de classificação de risco no acolhimento imediato
2. Art. 3 Médico no atendimento e médico na alta ou encaminhamento
3. Art. 8 Passagem do plantão é obrigatória
4. Art. 9 Registrar a assistência na ficha ou prontuário se identificando
5. Art.14 O tempo máximo de permanência nos serviços de UE é de 24 horas
6. Art. 17 O plantonista deve acionar o coordenador do fluxo se: haver condições inadequadas/superlotação, falta de leito de UTI e entrada em vaga 0 Paciente de alto risco não deve ficar mais que 4 horas na sala de reanimação
7. A sala de reanimação deve seguir a proporção de 2 leitos para 1 médico

8. A sala de observação deve disponibilizar no mínimo 1 médico para 8 leitos

a. UPAs

As UPAs, João Samek, Dr. Walter Cavalcante Barbosa e recentemente o Pronto Atendimento Padre Ítalo, são as unidades que atendem os quase 270 mil habitantes do município de Foz do Iguaçu, além dos turistas e Brasileiros que habitam as cidades de fronteira.

Tais unidades têm como função essencial servir de elo de comunicação entre a atenção primária em saúde através das cerca de 30 UBSs da cidade com a atenção especializada terciária no HMPGL e HMCC.



Os pacientes são trazidos para as UPAs através do SAMU e o SIATE, tais pacientes são estratificados de acordo com o protocolo de Manchester de acordo com sua gravidade podendo ser contra referenciados aos serviços de complexidade dos hospitais HMPGL e HMCC.

A portaria 1.020 de Política Nacional de Atenção às Urgências do Ministério da Saúde, identificam as unidades de pronto atendimento (UPAs) que se caracterizam por consistir de um componente pré-hospitalar fixo, o qual tem como objetivo a organização de redes de atenção regionais de atenção integral às urgências como estabelecimento de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde/saúde da família e a rede hospitalar.

Como parte da rede de UE, as UPAs têm a finalidade de melhorar a disposição da assistência, articular os serviços e definir os fluxos e referências de maneira resolutiva. Essas unidades funcionam 24 horas por dia em todos os dias da semana, tem como objetivo acolher os usuários sempre que buscarem por atendimento por meio do acolhimento com classificação de risco, de maneira a situar o possível risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, sistemático e a gravidade do caso (BRASIL. Ministério da Saúde, 2009).

Em vigência da pandemia de Covid-19 houve uma mudança no fluxo para os usuários que buscam atendimento de urgência e emergência por queixas respiratórias, o que fez diminuir o congestionamento crônico sofrido anteriormente nesse serviço. De certa maneira a população tem evitado buscar atendimento por medo de se infectar com o sars-cov-2.

b. Pronto Socorro

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) de Foz do Iguaçu, sob gestão da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, está inserido na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Atende a demanda dos municípios da nona regional de saúde e pacientes advindos da tríplice fronteira, respeitando assim a regionalização do atendimento às urgências que está descrita na quarta diretriz do art.4 da portaria 2.395 (BRASIL. Ministério de Saúde, 2011).

O PS do HMPGL compõe a seguinte distribuição de leitos: sala vermelha entrada de paciente para atendimento clínico com 2 leitos, sala vermelha entrada de paciente de trauma com 3 leitos, sala amarela 4 leitos, sala de observação 14 leitos.

A portaria 2.395 em seu art.3 informa que as atenções às urgências nos hospitais devem atender à demanda referenciada como também a demanda espontânea. Essa portaria informa em seu artigo 5 que as portas de entrada hospitalar de urgência devem prestar atendimento ininterrupto (BRASIL. Ministério de Saúde, 2011). No atual cenário de pandemia de COVID-19 essa demanda foi direcionada ao Pronto Atendimento Respiratório seguindo um fluxo desenvolvido para auxiliar no enfrentamento da pandemia.

c. SAMU

O SAMU consiste no modelo de atendimento móvel de urgência prestando serviço de socorro pré-hospitalar móvel, em que o usuário solicita atendimento por intermédio do acesso telefônico gratuito pelo número 192 (MINAYO; DESLANDES, 2008).

O principal componente do SAMU é a Central Médica de Regulação responsável por

realizar a coordenação do serviço. No componente assistencial há dois tipos de ambulâncias essenciais. A Unidade de Suporte Básico (USB) com técnico de enfermagem e motorista treinado para suporte. É a Unidade de Suporte Avançado (USA) que apresenta mais equipamentos, médico, enfermeiro e motorista. A frota poderá incluir também motolâncias, ambulanchas e serviço aeromédico à depender da necessidade regional. (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Em resumo o SAMU consiste do elemento organizador e porta de acesso aos serviços de urgência hospitalar e leito hospitalar, sendo essencial no fluxo e direcionamento de urgências. Em Foz do Iguaçu o SAMU tem exercido um papel importante no traslado de pacientes com sinais e sintomas de agravamento para sars-cov-2 corroborando na diminuição da morbimortalidade desses pacientes.

4.2-CENTRAL TELEFÔNICA DO HMPGL

Diante da situação de pandemia de COVID-19 em que vivemos, fez-se necessário adoção de medidas que garantam acessibilidade a um atendimento rápido, esclarecedor e eficiente para a população de Foz do Iguaçu, capaz de evitar aglomerações, sanar dúvidas, direcionar o fluxo e agendar coleta de PR-PCR seguindo critérios e protocolos. A equipe está composta em sua grande maioria por alunos do 5º e 6º ano do curso de medicina.

O setor de Central telefônica COVID atende, por via telefônica ou Chat, a população que busca tirar dúvidas sobre sinais e sintomas que preenchem critérios para agendar coleta de RT-PCR para COVID-19, receber atestado e termo de isolamento, notificar os casos suspeitos, comunicar resultados positivos, consultar resultado de exames, receber orientações sobre como cumprir o isolamento, direcionar atendimento psicológico e de assistência social, direcionar pacientes para atendimento por Telemedicina e triagem respiratório, dentre outras funções.

Durante um atendimento telefônico pude aplicar muitos conhecimentos teóricos avaliando sinais e sintomas que cumprem critério para coleta (mínimo de 48 horas de sintomas), ou que requerem atendimento presencial evitando agravos e piora do prognóstico, a exemplo disso um paciente com queixa de dispneia e com dificuldade de concluir uma só frase sem interromper para fazer uma inspiração ou paciente com esforço respiratório perceptível pela expressão ofegante.

Minha experiência na central telefônica foi especial, no início muito perdido, porém pude colaborar com colegas e supervisores de forma harmônica e vi um engajamento enorme para que tudo funcionasse da melhor forma possível, tentei ser o mais objetivo e resolutivo possível, mesmo de forma remota presei o aprimoramento da relação médico paciente, transferindo aos pacientes segurança e tranquilidade para lidar com suas demandas. Participei de uma capacitação onde foram

repassadas atualizações de fluxos, protocolos que auxiliam corrigir falhas e erros cometidos por mim.

A pandemia nos pegou de surpresa, uma demanda gigantesca para atender, senti a falta de uma capacitação prévia que expusesse como trabalhar com o sistema de gestão TASY, quais seriam os desafios a superar nesse setor e desfazer dogmas sobre tratamentos milagrosos (ex: Cloroquina e Ivermectina), mas no final das contas foi uma experiência única para o aprendizado, e pude superar minhas dificuldades com ajuda dos supervisores e colegas mais experientes no setor.

4.3-TRIAGEM RESPIRATÓRIA

A Triagem Respiratória é um setor onde atendemos pacientes por demanda espontânea, encaminhados via Telemedicina e UPA. Tais pacientes, em sua maioria, apresentavam sintomas e cumpriam critérios para agendar coleta de exame RT-PCR para COVID-19, ou em caso de estarem apresentando sintomas há mais de 48 horas, a coleta era realizada no mesmo dia. Os pacientes que apresentam sintomas de gravidade eram direcionados para avaliação médica. A equipe da triagem é composta por um médico, internos de medicina, recepcionista, estagiários do último ano do curso de enfermagem e farmácia.

Durante minha atuação tive a oportunidade de fazer anamnese e exame físico de vários pacientes em um consultório anexo ao setor. Acompanhei a admissão de pacientes infectados trazidos via SAMU e pude entender o fluxo dessa demanda. A ausculta pulmonar dos pacientes com dispneia ou esforço respiratório me permitiu identificar diversos ruídos aéreos que auxiliaram na tomada de conduta junto ao médico de plantão.

Foi nesse setor que tive o primeiro contato com pacientes positivos para o sars-cov-2, isso me fez valorizar ainda mais o uso adequado de EPI's, confesso que de início tive receio de fazer contato com esses pacientes, mas logo a percepção de missão e dever, de um futuro médico, falarão mais alto. Percebi o medo no semblante de cada um deles, a confiança e expectativa que depositam em nós e o sentimento de gratidão dos pacientes pela atenção e preocupação com cada um deles.

Atendendo pacientes de várias culturas e classes sociais desde promotor de justiça, morador de rua, chineses, paraguaios, Indianos e Árabes, alguns deles sequer falavam o português, evidenciando a real diversidade cultural e social da cidade de Foz do Iguaçu, e nesses casos exigia um esforço recíproco para um atendimento de qualidade. Em alguns casos as colegas paraguaias davam conta de atender seus conterrâneos enquanto eu atendia os pacientes Árabes que não dominam bem a língua portuguesa.

4.4-ALGUNS PROCEDIMENTOS REALIZADOS

a. Coletas de Gasometria arterial

Previamente havia estudado a técnica de punção arterial e tive experiência no passado como bioquímico realizando esse procedimento.

Realizei no PS respiratório mais de 10 coletas para gasometria arterial junto com a equipe de enfermagem, dessas 1 coleta de artéria femoral onde o paciente estava com edema de MMSS e após 2 tentativas foi optado pelo médico punção femoral.

b. Suturas

Todas minhas suturas foram realizadas nas UPA's, no total foram 12 suturas utilizando a técnica de ponto. Ao realizar os primeiras suturas supervisionadas pela médica de plantão, e contando com sua paciência, pude corrigir falhas que poderiam contribuir com o êxito do procedimento como contaminação do campo, infiltração incorreta da anestesia local e tensão excessiva sobre o ponto.

Apesar do pequeno espaço na sala de procedimentos e iluminação inadequada, sempre participamos dos procedimentos e usávamos iluminação auxiliar para melhorar a iluminação sobre a lesão

c. Acesso Venoso Central

Após ter acompanhado alguns procedimentos, estudei a técnica e passos do procedimento sempre prevenindo iatrogenia. Realizei acesso venoso central em 2 oportunidades no PS-respiratório, sendo a primeira acompanhada pela Dra. Tatiane após IOT em paciente feminino, 67 anos, com hipoxemia e esforço respiratório. AVC na veia subclávia direita.

Na segunda oportunidade foi com a Dra. Fernanda onde a paciente feminino 62 anos, deu entrada com hipotensão mantendo-se refratária a volume, e necessitando de infusão de drogas vasoativas.

d. Acesso venoso periférico

Realizei acesso venoso periférico em 3 oportunidades na UPA SAMEK sempre na presença da equipe de enfermagem, inicialmente tive dificuldade em manusear abocath

com dispositivo de segurança, não estava habituado com o mesmo.

e. Sonda nasoenteral

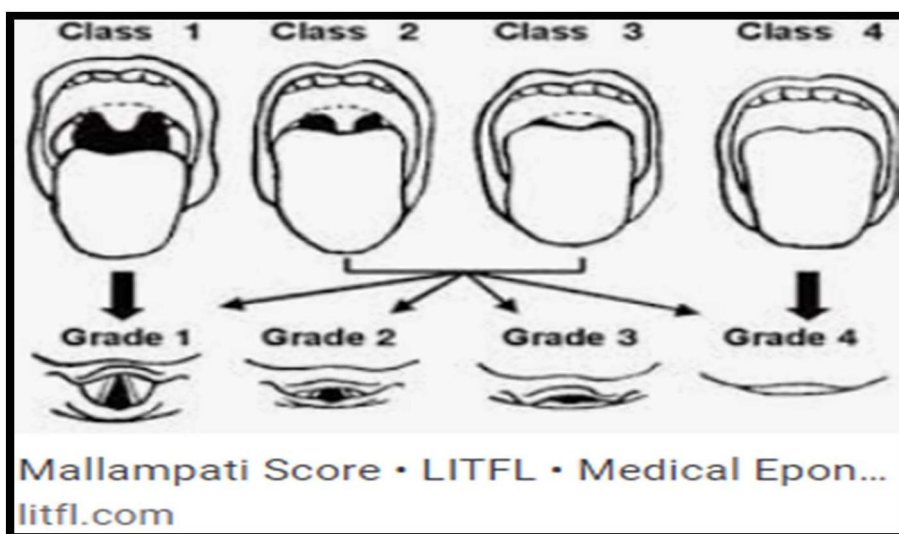
Realizei duas passagens de sonda nasoenteral em paciente no PS-respiratório, estavam em uso de sonda obstruída. A execução do procedimento, em ambos os casos, foi tranquila e sem intercorrências, mediante ajuda do técnico de enfermagem. No primeiro procedimento, inicialmente o paciente estava resistindo ao procedimento acalmado em seguida.

f. Sonda vesical

Realizei uma passagem de sonda vesical no PS-respiratório, paciente com bexigoma, procedimento realizado na presença do técnico de enfermaria

g. Intubação endotraqueal

Realizei uma intubação no PS respiratório dia 20/09, já havia realizado 2 IOT em outro módulo. Paciente 62 anos, covid-19 positivo com hipoxemia progressiva. Apresenta via aérea com mallampati I, intubação realizada com sucesso.



Toda IOT é sempre um desafio para mim, a chance de não ter êxito sempre existe e temos que estar preparados caso isso ocorra. Tenho revisado a técnica em cada oportunidade de acompanhar o procedimento, observo os detalhes checagem dos

materiais, posicionamento correto do paciente, manobra de elevação do ângulo da mandíbula, escolha das drogas e sequência de infusão.

4.5- CASO CLÍNICO 1 PS Geral

ID: Paciente S.A.F feminina, 54 anos, residente em Foz do Iguaçu.

QP: Dor na perna esquerda

HDD: Paciente com DRC dialítica encaminhada via SAMU pela Nefroclínica, refere há 4 dias dor progressiva em MIE após retirada de cateter em veia femoral E para diálise. Paciente relata piora da dor há 2 dias evoluindo hoje com edema e limitação da mobilidade no MIE, observada hoje pelo médico durante a sessão de hemodiálise quando a paciente fez 1 episódio de hipotensão e em seguida encaminhada para PS clínico do HMPGL. Refere ter interrompido o uso de Marevan há 15 dias por orientação médica, alargamento de RNI. Nega febre, nega sintomas respiratórios. Diurese ausente, evacuações presentes.

HPP: DRC dialítica desde 2008, HAS há 13 anos, transtorno depressivo, Cefaléia crônica, história de drenagem de Hematoma subdural por queda da própria altura(2009), nega tabagismo e etilismo, nega alergia a medicamentos.

Medicamentos em uso: losartana 0-0-1, atenolol 3x/ semana após hemodiálise, Amitriptilina 0-0-2, Carbonato de Cálcio 1-1-1, Omeprazol 2-0-0, fluoxetina 2-0-0

HS: Nega tabagismo, nega etilismo.

H Fam: Pais eram Hipertensos e falecidos por AVC.

Exame físico:

SSVV: T° 36,2 Sat O2 97% FC 94 PA 102/72 FR 16

Ectoscopia: REG. LOTE, Desidratada +/4+, normocorada, acianótica e eupneica em AA, AVC em jugular E

ACV: BCNF em 2t ss, pulso periférico filiforme em art. pediosa MIE

AP: MV presente sem RR, sem sinais de esforço respiratório.

ABD: Globoso, depressível, timpânico, dor à palpação em HCD, Hepatomegalia (fígado palpável 4 dedos abaixo do rebordo costal D).

NEURO: GSW 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficit motor

Membros: Edema em MIE, Dor a mobilização, calor, cianose, empastamento da panturrilha E.

Avaliação: Paciente hemodinamicamente estável, em anticoagulação plena, dose corrigida para paciente renal crônico em tratamento para TVP, paciente sem queixas no momento.

Diagnóstico Sindrômico

Síndrome Trombótica

Hipótese Diagnóstica

1.1 TVP MIE

Diagnóstico Diferencial

1.Trauma de membro inferior E

2.Linfedema

3. Insuficiência

Venosa 4.Celulite

Conduta:

- Suporte Clínico

-Exames de admissão

-Manutenção de ATB-terapia conforme Nefro, Já realizado dose de ataque

-Culturas já coletada na Nefroclínica

-Solicito exame para COVID-19 e Notifico

-Reconciliação Medicamentosa

-Mantenho Anticoagulação Enoxaparina 40 mg de 12/12h

-Solicito Doppler de MIE

-Mantenho na sala vermelha por risco de hipotensão

-Reavalio após

Discussão do caso

Esta paciente chegou no PS clínico do HMPGL, encaminhada via SAMU, via nefroclínica e eu procedi com a admissão.

O primeiro passo em uma avaliação de pronto-socorro é classificar se a paciente é crítica ou não. Entende-se por paciente crítico quando há acometimento em um dos grandes sistemas: cardiovasculares, respiratórias e neurológicas. Neste caso, a paciente encontrava-se estável, eupneica, sem sintomas respiratórios ou sinais de alarme, não sendo classificada como crítica.

Identificada a estabilidade, iniciei a coleta da história clínica. Percebe-se que é uma paciente de meia idade, com várias comorbidades, dialítica há 12 anos, em uso de vários medicamentos e acompanhamento de anticoagulação, tendo parado há 15 dias o uso do Marevan. Estava com dor à mobilização do MIE e sinal de empastamento da panturrilha esquerda.

A minha primeira hipótese diagnóstica foi TVP. Debatendo com o plantonista, ele concordou com minha hipótese principal, mas pediu para que eu elaborasse diagnósticos diferenciais. Pensei então em algum fator infeccioso, como a celulite, insuficiência venosa, linfedema ou até mesmo um trauma de membro, que entram como principais diagnósticos diferenciais de TVP.

A conduta inicial então foi solicitar os exames laboratoriais e de imagem admissionais, sendo o principal neste caso o coagulograma e Doppler de MMII. Foi feito também reconciliação medicamentosa com as medicações que ela já estava usando (Marevan), checar coleta de culturas e anticoagulação em dose inicial de 40 mg de enoxaparina sódica de 12/12h até confirmação de trombo, além de monitorização hemodinâmica e respiratória e coleta de RT-PCR COVID-19 conforme o protocolo do Hospital.

Os exames laboratoriais de admissão apresentaram leucograma não infeccioso, função renal comprometida (DRC estágio V já conhecido) e coagulograma sem alterações.

O USG DOPPLER do membro inferior esquerdo demonstrou trombose venosa profunda envolvendo a veia femoral comum, femoral superficial, femoral profunda e veia poplítea. ECG apresentou ritmo sinusal, sem presença de arritmias ou sobrecarga. Rx de tórax apresentou índice cardiotorácico dentro da normalidade, sem demais alterações.

Diante disso, fechou-se o diagnóstico de TVP MIE, iniciando o tratamento de acordo com o protocolo.

A TVP é caracterizada pela formação de trombos em veias profundas do membro inferior e muitas vezes pode vir acompanhada de tromboembolismo pulmonar (TEP), que é uma complicação grave. No caso dessa paciente, a sua estabilidade clínica e ausência de sintomas respiratórios nos tranquilizaram inicialmente quanto a essa possibilidade.

Em relação à fisiopatologia, já é bem definida por Virshow a teoria do acometimento de um dos 3 fatores para formação de trombo: ESTASE SANGUÍNEA, LESÃO ENDOTELIAL, ESTADO DE HIPERCOAGULABILIDADE, que são alterados por fatores adquiridos ou hereditários. Esta paciente então se tratava de TVP por fatores adquiridos.

Uma questão que tirei para estudar foi a relação da diálise e do cateter femoral na formação do trombo. Segundo Viana et al¹, a trombose venosa profunda é a principal complicação inerente à permanência prolongada do cateter, sendo a incidência avaliada pela ultrassonografia com Doppler, de 13%, porém, segundo Nagaya, 2014², não é possível afirmar categoricamente que o sítio femoral confere risco de TVP maior que os demais sítios, por isso novos estudos são necessários para um melhor entendimento desta patologia.

Além disso, o tipo do cateter, técnica de inserção, e sua posição podem ter influência em sua ocorrência, porém, não é recomendada a retirada do cateter se: este mantém-se funcional (com bom fluxo-refluxo); bem posicionado; não apresenta sinais de infecção; e for imprescindível ou vital para o paciente. Como esta paciente havia retirado o cateter há 4 dias, não foi necessária avaliação do cateter.

Quanto à abordagem diagnóstica, a paciente apresentava quadro clínico de dor, vermelhidão, edema unilateral com presença de fatores de risco e empastamento da panturrilha. Após suspeição, o passo seguinte ideal é fazer os escores de Wells para avaliar a probabilidade e direcionar o exame inicial a ser solicitado.

Neste atendimento o escore de Wells não foi aplicado no momento da admissão, porém, caso fosse realizado, o resultado seria de moderada probabilidade. Como o hospital é terciário e possui recursos, todos os pacientes com suspeita de TVP são encaminhados para o Doppler de MMII, então esse escore não mudaria a escolha do exame inicial para investigação.

Após resultado positivo para TVP pelo Doppler, fechou-se o diagnóstico e então iniciou-se o tratamento.

Quanto ao tratamento, a escolha da melhor terapêutica depende da condição clínica do paciente e das suas comorbidades. Em pacientes com insuficiência renal grave, deve-se usar preferencialmente a HNF ao invés da HBPM³. A dose de ataque de 80 UI/kg endovenosa, seguida de infusão contínua: 18 UI/kg/h e ajuste da dose pelo RNI com objetivo de atingir valores de 1,5-2,5³.

No caso dessa paciente, antes da confirmação diagnóstica foi iniciado anticoagulação com enoxaparina em dose menor, que apesar desta conduta ter uma evidência pobre, é muito praticada se altamente sugestivo. Além disso, conforme o livro de emergências clínicas da USP, a segurança da HBPM se aplica a indivíduos com função renal normal, porém a medicação pode ser prescrita em disfunção renal, sendo obrigatório a monitorização, que foi realizada neste caso.

A conduta inicial, apesar de não ser a mais recomendada, está amparada pela literatura, porém, eu como plantonista iria avaliar a possibilidade de iniciar o tratamento com Heparina não-fracionada por ser indicada como a mais segura, sem necessidade de correção da dose ou monitorização.

Revisando o prontuário dos dias seguintes de internamento, o tratamento inicial foi substituído pela HNF, seguindo o protocolo correto.

Reflexão sobre o caso:

A TVP é muito frequente no pronto-socorro. Durante o estágio este caso me chamou atenção por não se enquadrar no tratamento convencional, visto que a paciente possui comorbidades que necessitam manejo específico. Aprendi também que é importante fazer uma história clínica e exame físico completo para identificar contra-indicações ao tratamento.

Revisei o protocolo para manejo de TVP, principalmente quanto aos principais exames e escores, pois na hora do atendimento não lembrei de fazê-los. Revendo a conduta, percebi que o manejo inicial não foi o melhor, pois o mais recomendado é a HBPM, mas o tratamento definitivo seguiu o protocolo corretamente, com medicamento mais recomendado para DRC.

Com esse caso pude associar meus conhecimentos teóricos à prática, identificar minhas falhas, buscar a literatura e aprimorar minhas futuras condutas quanto ao manejo da TVP.

³. MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016.

4.6-CASO CLÍNICO 2 - PS RESPIRATÓRIO

Identificação: G.S, masculino, 72 anos, morador de Foz do Iguaçu.

QP: falta de ar

HMA: Paciente RT-PCR COVID-19 positivo a 12 dias, cumprindo isolamento domiciliar, apresentou há 1 dia piora do quadro com dispneia aos esforços e dor em hemitórax direito ventilatório-dependente. Nega febre. Nega outros sintomas. Hábitos fisiológicos presentes e sem alterações.

HPP: HAS e DM, em uso de losartana, sinvastatina e AAS

HS: Nega tabagismo e etilismo.

Exame físico:

SSVV: PA:160/90mmHg FC 67bpm, FR 24rpm Tax 36,2, SatO2 95% HGT 26

REG, LOTE, acianótico, anictérico, afebril, taquipneico em ar ambiente, corado, hidratado, hipertenso.

AP: Murmúrio vesicular preservado, diminuído em base pulmonar direita, sem sinais de esforço respiratório.

AC: Bulhas rítmicas, normofonéticas em 2T, sem sopros

ABD: Globoso, depressível, timpânico, indolor a palpação superficial e profunda, sem visceromegalias

NEURO: GSW 15/15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem déficit motor

Membros: sem edemas, sem sinais de empastamento.

Diagnóstico principal:

Pneumonia viral por sars-cov-2

Diagnósticos diferenciais:

Pneumonia bacteriana associada?

Tromboembolismo pulmonar?

Conduta:

-Solicito exames admissionais + ECG + TC tórax com contraste

-Prescrevo profilaxias e sintomáticos

-Monitorização respiratório

EVOLUÇÃO- EM TEMPO

Paciente em leito de PS respiratório apresenta picos hipertensivos com PA de 205/120 mmHg, porém sem queixas no momento. Realizo medicação de resgate com clonidina VO e prescrevo anlodipino e losartana de horário com primeira dose agora.

Paciente persiste com hipertensão com 200/100 de PA. Iniciado nipride 8ml/h.

No momento persiste sem queixas, com PA de 130/60 mmHg e satO2 de 93% em AA.

TC tórax com contraste: sem laudo, porém visualizo padrão de vidro fosco com acometimento pulmonar importante.

Exames laboratoriais: pH 7,43 pO2 73 pCO2 39 lactato 8, Hb 12, leuco 4850 bast 1% plaquetas 377000 Ur 44, Cr 1,1, Na 141 K 4,3 Glicose 270 PCR 6,8,

Conduta:

-Início oxigenoterapia com CN 2L/min

-Titulação de nipride conforme PA

-Atentar padrão respiratório e hemodinâmico.

-Solicito exames de rotina para amanhã

DISCUSSÃO DO CASO

Este paciente chegou ao HMPGL por demanda espontânea com COVID positivo há 12 dias. Apresentava-se comunicativo, hemodinamicamente estável, eupneico em ambiente, sem sinais de esforço respiratório, e por isso, não é classificado como crítico.

Identificada a estabilidade, deu-se início ao protocolo para pacientes com COVID-19 do hospital, que consiste em solicitar os exames laboratoriais, ECG, TC de

tórax, além de prescrição de sintomáticos. O objetivo inicial, além da monitorização, é excluir alguns diagnósticos diferencial, como pneumonia bacteriana ou até mesmo tromboembolismo pulmonar.

Ao longo da observação o paciente evoluiu com picos hipertensivos de 205/120 mmHg e hipossaturação com 93% em ar ambiente, sendo prescrito inicialmente clonidina, sem resolução, progredindo para nitroprussiato de sódio com BIC de 8ml/h. Foi iniciado consecutivamente suplementação de O₂ com 2L/min em cânula nasal.

Após reavaliação, identificou-se uma PA já normalizada para 130/60 mmHg e os resultados dos exames demonstraram uma gasometria discretamente hipoxêmica, leucograma não infeccioso, função renal preservada, sem distúrbios eletrolíticos, PCR discretamente elevado. A TC de tórax sem laudo, porém apresentando importante área de vidro fosco.

De modo geral, o paciente apresentava-se com quadro clínico e exames compatíveis com pneumonia por COVID-19, não necessitando iniciar antibioticoterapia ou outras medidas. Porém, um quadro bastante comum no pronto socorro é a crise hipertensiva, que necessita manejo adequado para evitar complicações.

Segundo livro de emergências clínicas da USP, a expressão "pressão arterial (PA) acentuadamente elevada" deve ser utilizada para os pacientes que chegam ao departamento de emergência (DE) com PA muito elevada e que não apresentam riscos de eventos cardiovasculares em curto prazo muito maiores do que hipertensos não controlados acompanhados ambulatorialmente.

Esta elevação da PA pode ser dividida de 3 modos: Emergências, urgências e pseudocrises hipertensivas, se diferenciando em relação a lesão aguda de órgão-alvo. A pseudocrise hipertensiva ocorre quando esse aumento é desencadeado por dor, desconforto, ansiedade, abandono do tratamento, ou por associação desses fatores³.

Esse paciente então se enquadra no conceito de pseudocrise hipertensiva, pois além da dispneia e dor percebe-se que a PA aumentou significativamente com o internamento, que pode ter gerado ansiedade. Porém, por ser idoso com comorbidades há o risco de desenvolver lesão em órgão-alvo a curto prazo, por isso a importância de fazer a redução criteriosa para não evoluir com emergência. A figura 1 representa o fluxograma para manejo da crise hipertensiva no pronto socorro.

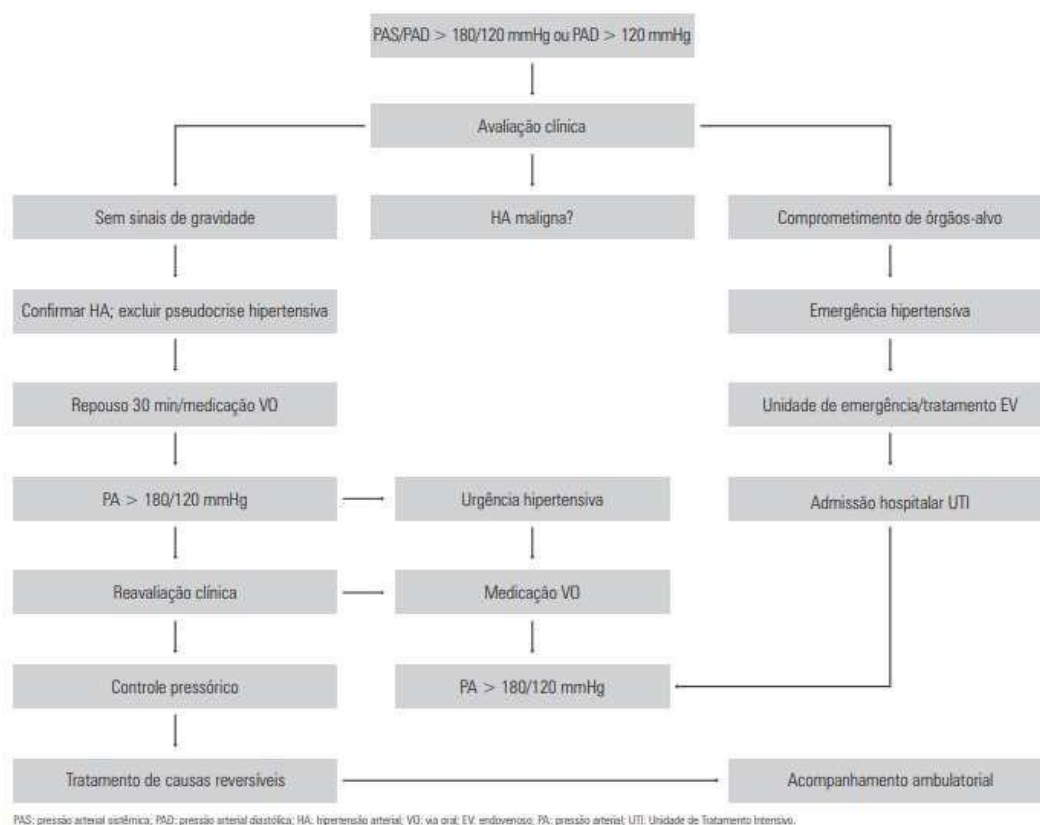


Figura 1: Fluxograma do atendimento de pacientes com crise hipertensiva.

Fonte: Yugar-Toledo JC, Cosenso-Martin LN, Vilela-Martin JF. Emergências hipertensivas: fisiopatologia e clínica. *Revista Brasileira Hipertensão* vol. 21(3):129-133, 2014.

Em relação ao tratamento, a primeira ação seria o manejo da causa base, que é a pneumonia. Foi prescrito sintomáticos e oxigenoterapia para alívio da dor e dispneia, o que foi uma conduta correta.

No manejo da PA, por não apresentar lesão de órgão-alvo, a redução da PA pode ser feita de 24h até 48h, não pode ultrapassar 25% em 3 horas¹. As medicações mais utilizadas atualmente para o tratamento das urgências hipertensivas no Brasil são a clonidina (0,1-0,2 mg VO + 0,1 mg/h até 0,6 mg) e o captopril (25 mg vo + 25 mg após 2 hrs)⁵. Medicações parenterais, segundo protocolo, devem ser reservadas para casos de emergência hipertensiva.

Analisando as condutas do médico plantonista com as recomendações do protocolo, considero que a redução da PA ocorreu de forma muito rápida, ultrapassando o limite de 25% em 3 horas. Além disso, o recomendado para esse caso seria o uso de medicações via oral ao invés de parenteral. Minha conduta como médico seria repetir a dose de clonidina por até 3 vezes a cada hora, pensar em associar um ansiolítico leve e, em caso de não redução da PA, ponderaria o uso de Nipride EV.



Conclusão

A crise hipertensiva é muito comum nos departamentos de emergências. Apesar de simples pode gerar algumas confusões quanto aos conceitos e tratamentos. Diante de um paciente com crise hipertensiva muitos fatores devem ser avaliados para se iniciar droga parenteral, pois se bem prescrita melhor o prognóstico deste, caso contrário, pode trazer prejuízos. É importante também que esse paciente tenha uma monitorização contínua para evitar reduções bruscas da pressão arterial.



4.7-CASO CLÍNICO 3- UPA Walter

ID: G.L.M., sexo masculino, 18 anos, estudante.

QP: “Coração disparado”.

HDA: Encaminhado pelo SAMU para UPA Walter devido a quadro de agitação psicomotora. Paciente relata que nas últimas 8 horas fez uso de cocaína em grande quantidade 7-10 papelotes(sic) e bebida alcoólica. Nesse momento refere palpitação, ansiedade e medo, relata pensamentos suicidas que vem desde alguns dias até o presente momento. Afirma, neste presente momento, estar vendo policiais atrás da porta da sala de observação, que estão o observando e apontando uma arma para matar ele (no momento não tinha policiais na UPA).

HPP: Nega doenças crônicas ou alergias a medicações.

HS: Faz uso de maconha e cocaína há 4 anos. Faz uso de bebida alcoólica nos finais de semana.

HF: Pai alcoólatra, a mãe trata depressão.

Exame físico:

SSVV: PA: 160/80mmhg Sat O2: 98% FC: 132bpm HGT: 111 Temp.axilar: 36.7°C FR: 20rpm.

Ectoscopia: REG, agitado, normocorado, hidratado, eupneico, acianótico e anictérico.

Neuro: GSC 15. Pupilas Midriáticas, sem sinais de meningismo.

ACV: Bulhas rítmicas normofonéticas, 2T ss, TEC <2 seg.

AP: Murmúrios vesiculares presentes, ausência de ruídos adventícios.

Abdome: Flácido, depressível, timpânico, sem sinais de irritação peritoneal.

Membros: Ausência de edema, pantorrilhas livres sem sinais de empastamento, pulsos cheios e simétricos.

Avaliação: Paciente consciente, pouco colaborativo, no momento taquicárdico, hemodinamicamente estável sem uso de DVA, eupneico em AA, apresentando alucinações visuais e agitação psicomotora.

Diagnóstico Sindrômico:

Síndrome psicótica.

Síndrome simpaticomimética.

Síndrome adrenérgica.

Hipóteses diagnósticas:

Intoxicação por drogas ilícitas.

Diagnóstico diferencial:

Abstinência.

Esquizofrenia.

Transtorno Esquizoafetivo.

Depressão Maior.

Transtorno do Humor.

Transtorno do Pânico.

Conduta

Sedação leve com Haloperidol 5mg/ml 1 ampola IM

Diazepan 5mg/ml, 1 ampola 2ml EV em soro fisiológico 0,9% - 100 ml

Soro glicosado 5% - 500ml EV

Nifedipino 10mg comp. s/n VO

Dipirona sódica 500mg/ml 1 ampola 6/6hs s/n EV

Metoclopramida 5mg 1amp 8/8hs s/n EV em 10ml de água destilada.

Propranolol 40mg 1comp 1 dose.

Exames solicitados:

ECG

Hemograma completo

Urina I

Cuidados:

Monitorização

Controle de sinais vitais

Discussão do caso

Esta paciente chegou à UPA Walter via SAMU, avaliado por mim e minha colega, após sua admissão estava na sala de observação.

Pacientes com quadro de agitação psicomotora necessitam de atendimento imediato, geralmente tem uma avaliação inicial difícil levando em consideração a falta de dados e cooperação, o que pode comprometer a abordagem inicial. Porém, o primeiro passo em toda avaliação de pronto-socorro é classificar se o paciente é crítico ou não,

descartando acometimento em um dos grandes sistemas: cardiovascular, respiratório e neurológico. Neste caso, a paciente encontrava-se inquieto, com aumento da atividade motora, o que demandou contenção no leito possibilitando-lhe receber os primeiros atendimentos e diminuindo os riscos ao paciente e à equipe.

Conforme informações recebidas da equipe do SAMU paciente era suspeito de intoxicação exógena por uso de drogas, diante disso realizamos uma avaliação direcionada com anamnese e exame físico para história clínica.

Observou-se na avaliação que o paciente jovem apresentava agitação psicomotora, pupilas midriáticas, taquicardia e alucinações, além de história social de abuso de drogas. Assim, pude levantar a hipótese diagnóstica principal de intoxicação por abuso de drogas ilícitas. Em conversa com o plantonista, concordou com minha hipótese e debatemos diagnósticos diferenciais como esquizofrenia e abstinência que são comuns no pronto socorro, em seguida pediu para revisar sobre a abordagem terapêutica nesses casos.

Conduta

A conduta inicial foi de monitorar, prevenir que o paciente se machuque aplicando contenção adequada, infusão de Soro Glicosado 5%, manejo farmacológico com benzodiazepínico diazepam 1 ampola 5mg/ml EV, 1 comprimido de propranolol 40mg para e monitorização hemodinâmica e respiratória. Passado 30 minutos foi realizada 1 ampola de Haloperidol 5mg/ml pois o paciente seguia inquieto.

Os exames laboratoriais de admissão apresentaram eritrograma normal, leucograma não infeccioso e exame de Urina I sem alterações. O ECG apresentou ritmo sinusal, sem presença de arritmias ou sobrecarga.

O DSM-V menciona o transtorno por uso de cocaína junto ao transtorno por uso de estimulantes, já que seus efeitos são semelhantes, tendo como quadro clínico aumento da energia e disposição, euforia e prazer intenso, podendo em seguida apresentar sintomas psicóticos como alucinações e delírio, depressão, juízo comprometido, tremor, taquicardia, hipertensão, midríase, pensamento suicida, entre outras manifestações neurológicas e cardiovasculares.

No caso desse paciente, nossas condutas foram focadas no manejo sintomático evitando complicações cardiovasculares, neurológicas e hidroeletrólíticas muito comuns na intoxicação.

Em relação à fisiopatologia, a cocaína age no sistema nervoso central (SNC) bloqueando canais de sódio e provocando inibição da recaptação pré-sináptica de catecolaminas. Sua maior ação é sobre a inibição da recaptação de dopamina.

Quanto a abordagem diagnóstica, ficou evidente o quadro de intoxicação após

anamnese e exame físico onde o paciente apresentava história e manifestações compatíveis. Os exames laboratoriais e ECG nos auxiliaram a descartar outras possíveis comorbidades.

5.0 CENÁRIOS

a. TRIAGEM RESPIRATÓRIA

O segundo cenário desse módulo foi na Triage Respiratória COVID, lá tive meu primeiro contato físico com pacientes infectados. Quando chegava ao plantão via a expressão de esgotamento na face dos colegas cansados de ouvir dos pacientes “Vai demorar pra chegar minha vez”.. A primeira coisa que eu fazia era conversar com cada paciente demonstrando interesse em ajudar e garantindo que o atendimento seria prestado a todos. Desta forma, acalmando dentro do possível a ansiedade, favorecendo com isso um ambiente de trabalho menos tenso.

Nesse cenário a relação médico-paciente foi mais concreta, aprendi a lidar com pacientes estressados e com medo de uma doença cruel que tem debilitado e até levado a óbito pessoas conhecidas, amigos e familiares, os mesmos tinham medo de ter o mesmo destino.

E neste módulo também foi a primeira vez onde pude avaliar pacientes dentro da ambulância do SAMU, sempre na companhia do médico plantonista. Passavam-nos o caso do paciente e de forma espontânea tentava construir em minha mente possíveis diagnósticos, principal e diferenciação, levávamos o paciente para o consultório ou sala de estabilização no PS Respiratório para melhor examiná-lo e tomada de conduta.

b. UPA

As UPAs João Samek e Walter fizeram parte dos cenários mais interessantes onde pude atuar atendendo pacientes tanto aqueles por busca espontânea como aqueles trazidos pelo SAMU. Neste módulo, iniciei com um pouco de receio e minhas participações eram de forma discreta e aos poucos fui conhecendo melhor as equipes de enfermagem e médicos plantonistas, pude conquistar a confiança dos técnicos e passei a ajudar em tudo, desde transferência do paciente da tábua para o leito, instalação do aparelho de ECG's, passagem de sonda vesical (SV), coleta de exames laboratoriais, AVP, auxiliava e realizava suturas e curativos até verificar os tipos de materiais usados em cada setor. Quanto mais participava, mais conquistava o respeito e confiança da

equipe, me proporcionando aprendizagem ampla através da experiência desses profissionais na rotina do setor.

Em um setor de sala vermelha a rotina é muito dinâmica, corríamos o risco de receber mais de um paciente instável, sendo assim a resposta ao atendimento era imediata e de forma rápida e sincronizada. Enquanto o paciente estava sendo monitorado e puncionado acesso periférico, eu acompanhava o médico plantonista na primeira avaliação de anamnese rápida, exame físico e primeiras condutas. Assim que o paciente demonstrava estar estável, buscava coletar uma anamnese mais rica em detalhes tanto com o paciente, se o mesmo estiver em condições e consciência para tal, quanto com familiares.

Foi na UPA que pude fazer minha primeira sutura, era um paciente com uma lesão em couro cabeludo, pude colocar em prática o conhecimento teórico e prático sobre anestésico local, tipo de fio, técnica de assepsia e sutura. Após a segunda sutura supervisionada, o médico plantonista me passava a responsabilidade de executar todas as suturas menos complicadas. Dentre os atendimentos, chamou-me a atenção a quantidade de pacientes atendidos por intoxicação alcoólica e por drogas ilícitas, em cada plantão havia um ou dois casos deste contexto de atendimento, principalmente aos finais de semana. Destacando-se que alguns destes pacientes com mais de uma passagem pela UPA. Fazendo-me refletir sobre o impacto social que tais problemas sociais repercutem na saúde pública.

Em Suma, as UPA's foram cenários de extrema importância para meu aprendizado, onde vivenciei atendimento a pacientes em que a atuação imediata do médico e equipe fizeram toda diferença no desfecho de cada caso. Infelizmente não pude acompanhar pacientes em Parada Cardio-respiratória como em outro cenário, como também senti falta de interesse em alguns poucos médicos pelo interno, transparecendo um tratamento como futuro concorrente pelo serviço e não como colega de profissão.

De modo geral, foi uma experiência muito positiva, onde pude colocar em prática conhecimentos teóricos em várias ocasiões, além de aprender a conquistar e valorizar a equipe com quem trabalhamos.

c. PS RESPIRATÓRIO

Um cenário criado em época de Pandemia, conta com uma equipe de enfermagem experiente, além de ser um dos cenários de estágios onde percebi maior desgaste nas equipes. Recebemos demanda de pacientes com sintomas respiratórios de todo o

município de Foz do Iguaçu e algumas vezes de toda a 9ª Regional. Todos os pacientes desta ala são “COVID POSITIVO” até que se prove o contrário. Todo interno, como eu, era bem recebido desde que demonstrasse proatividade, pois a demanda é muito grande.

No período da manhã examinava os pacientes, checava sinais vitais, verificava pendências, evolução e repassava na visita para o Plantonista ou Preceptor. Já no período da tarde existe uma demanda de admissões aumentada, são pacientes com sintomas respiratórios de alerta, dispneia, esforço respiratório e outras comorbidades. Minha atuação nesse setor incluía desde admissão do paciente, propor diagnóstico principal e diferencial, condutas e plano terapêutico. Tinha liberdade para discutir os casos com os plantonistas, principalmente quando eram residentes, preceptores e os ex-colegas recém formados.

A equipe de enfermagem me tratava não como “interno” e sim como “médico”, exigindo uma postura como tal. Mesmo sendo um ambiente cansativo e estressante, me senti muito à vontade, em casa literalmente. Realizei o AVC subclávia supervisionado pela residente, presenciei e participei de forma ativa em procedimentos de parado cardio-respiratória, punção de artérias radial e femoral. Aprendi que um paciente deve ser estabilizado e com todos exames, AVP ou AVC passado, sondas e exame de imagem prontos antes de ser transferido para outro setor.

Mas como sempre nem tudo é um mar de rosas, pela primeira vez presenciei Burn-Out em membros da equipe, só observei, em seguida analisei o caso e pude averiguar que a colaboradora trabalhava em mais de um hospital e para agravar fazia hora extra nos setores, se não bastasse a mesma também era acadêmica de medicina no exterior e estava em semana de provas.

Além do aprendizado teórico-prático-técnico nesse setor, percebi que além da importância de cuidar da saúde dos pacientes, é necessário cuidar da nossa saúde física e mental. Pois, casos como este de Burn-Out são cada vez mais comuns e não podem passar despercebidos, visto que podem colocar em risco a saúde do colaborador e dos pacientes por ele assistidos.

Acredito que em uma situação de pandemia e elevada demanda de pacientes, como a qual estamos vivenciando, deve-se ponderar de forma mais enfática a saúde psíquica dos colaboradores. Principalmente pela importância, escassez e sobrecarga exposta sobre os profissionais das equipes. Sugeri então para a responsável pela escala dos internos nesse módulo que não deixasse esse setor desassistido pelos internos, até por ser um cenário muito rico em aprendizado onde pretendo atuar no módulo eletivo e pela necessidade de Pessoal, no caso Internos, para dar suporte e assistências aos futuros colegas médicos.



d. CENÁRIO UTDI

Assim como no PS Respiratório, a UTDI foi um “Campo de Guerra” onde me deparei com muitos pacientes graves, dentre eles pacientes moradores de rua e usuários de drogas ilícitas, enfim socialmente vulneráveis. Como também suspeitos ou confirmados para tuberculose e HIV. Este setor além de atender pacientes necessitando de isolamento, mantemos pacientes aguardando vagas em UTI geral, UTI Covid-19 e enfermaria.

Em um setor com suporte de terapia intensiva, boa parte dos pacientes estavam em uso de VM e pude aproveitar a presença dos fisioterapeutas para aprimorar os conhecimentos no manuseio e adequação da ventilação para os pacientes, bem como quando solicitar e interpretar de forma objetiva gasometrias para ajustes no respirador e mudanças na conduta.

Realizei notificação para Covid-19, SRAG, Dengue, TB e Sífilis. Pude revisar protocolos de diagnóstico e tratamento para HIV, TB e IRpA, discutir os casos com os plantonistas do setor. Tive acesso a EPI's necessários para proteção pessoal além de aprender a forma correta de higienizar e descartar os equipamentos.

e. ENFERMARIA COVID

A enfermaria Covid é um setor que recebe pacientes infectados por SARS-COV-2 em recuperação, encaminhados pelos diversos setores do HMPGL. O papel do médico inclui desde admissão e reavaliação, dar seguimento ao tratamento até a alta hospitalar com orientações, prescrições para uso domiciliar e encaminhamentos para ambulatório de especialidades em casos específicos.

Pude participar das rotinas médicas da manhã, tarde e noite do setor, onde os pacientes em sua grande maioria eram estáveis, o que permitia uma anamnese e exame físico minucioso e uma evolução do paciente rico em detalhes. Realizei minha primeira punção lombar sob supervisão da médica residente, e pude participar da passagem e troca de SNG e SV.

Minha impressão sobre esse cenário de estágio foi positiva, porém estaria mais adequado ao módulo de clínica médica pelo perfil de pacientes atendidos, exceto alguns casos de pacientes encaminhados para a sala de estabilização por instabilidade

respiratória, hemodinâmica ou neurológica.

f. PS GERAL

Esse setor do HMPGL conta com sala vermelha, amarela e de observação. Recebíamos pacientes encaminhados das UPA'S ou vindo por busca espontânea com sinais de instabilidade exceto casos com sintomas respiratórios, pois esses eram encaminhados para PS- Respiratório.

Assim que os pacientes chegavam, recebiam um primeiro acolhimento com monitoramento de sinais vitais e HGT, suporte de oxigênio, garantia de acesso venoso, avaliação neurológica, respiratória e hemodinâmica buscando sinais de instabilidade. A anamnese e exame físico que realizei nesses pacientes sempre foram objetivas e breves focadas em extrair informações sobre possíveis causas que justifiquem o quadro clínico presente. Em seguida, junto ao médico plantonista construía diagnósticos ou hipóteses diagnósticas, condutas, solicitava exames laboratoriais e de imagem quando necessário.

Admiti e evolui pacientes nas salas de observação, aprimorando minhas habilidades teórico práticas e de manuseio do sistema de gestão "Tasy". Pude notar que a atuação médica deste setor exige perfil e habilidades para estabilização rápida do quadro clínico dos pacientes, cada minuto é muito valioso durante os atendimentos e fazem a diferença no prognóstico e desfecho dos casos.



6. CONCLUSÃO

O internato cumpre um papel fundamental na vida do estudante de medicina, sendo um momento onde o discente inicia sua transição da vida acadêmica para a vida profissional. Esse trabalho de conclusão de curso tem a finalidade de documentar este período.

O exercício da função de médico exige, fundamentalmente, competências que não se restringem ao conhecimento teórico, mas sim a soma de um bom conhecimento teórico com a capacidade técnico-prática. Sendo assim, o internato cumpre essa função quando oferece ao aluno a oportunidade de aperfeiçoar suas técnicas e adquirir novas experiências de forma supervisionada.

As experiências adquiridas pelo discente no estágio contribuíram na sedimentação dos conhecimentos teórico-prático, além de possibilitar o aprimoramento nas habilidades de relacionamento médico-paciente e interdisciplinar junto à equipe. Os cenários viabilizaram ao discente praticar diversas funções atribuídas ao médico incluindo admissão, evolução, intervenção e alta hospitalar com recomendações e encaminhamentos.

7.REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2048, 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 nov. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.395, 11 de outubro de 2011. Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 out. 2011.
- Franco, Apoema. Franco, Eugênio. **Intubação de Sequência Rápida: Aprenda como fazer**. Salvador: Sanar, 2019. E-book
- Secretaria de estado de saúde do distrito federal SES. Abordagem inicial das intoxicações. Disponível em: https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334795987Protocolos%20DF_Intox.pdf . Acesso em: 29 de setembro 2020.
- DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.tdahmente.com/wpcontent/uploads/2018/08/ManualDiagn%C3%B3sticoe-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf> .>. Acesso em: 29 set. 2020.
- MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo Antonio; VELASCO, Irineu Tadeu. Medicina de emergência: abordagem prática. 11. ed. rev. e atual. Barueri, SP: Manole, 2016.
- Bortolotto, Luiz *et al.* CRISES HIPERTENSIVAS: DEFININDO A GRAVIDADE E O TRATAMENTO. Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo 2018;28(3):254-9.
- Yugar-Toledo JC, Cosenso-Martin LN, Vilela-Martin JF. Emergências hipertensivas: fisiopatologia e clínica. Revista Brasileira de Hipertensão vol. 21(3):129-133, 2014.



-Vianna FJM et al. Incidência de TVP e cateter para hemodiálise. J Vasc Br, Vol. 4, N°2 2005.

-Nagaya, Isadora. Revisão da incidência de trombose venosa profunda associada a cateter para hemodiálise em veia femoral. Repositório institucional UFBA. 2014.

Secretaria de estado de saúde do distrito federal SES. Abordagem inicial das intoxicações. Disponível em:

https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1334795987Protocolos%20DF_Intox.pdf .

Acesso em: 29 de setembro 2020.

DSM-5. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.. 5. ed. Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://www.tdahmente.com/wpcontent/uploads/2018/08/ManualDiagn%C3%B3stico-e-Estat%C3%ADstico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5.pdf> . Acesso em: 10 set. 2020